CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GLOSSITE PROFONDE AIGUË

N° 19
4.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1906

PAR

Georges SAENZ

Né à San-José de Costa Rica, le 5 Août 1879.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
23 FEB 10
LIBRARY

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

" MENTION MÉDECINE ".

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
TRUC . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻)
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe		JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale		RAYMOND, agr. (✻).
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, ag libre
Accouchements.		PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (✻)	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TEDENAT, *président.*	MM. RAYMOND (✻), *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance
et d'affection.

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

C. SAENZ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

G. SAENZ.

AVANT-PROPOS

Il n'a pas été vrai pour nous ce mot cité par Huchard : « L'ennui naquit un jour de l'Université », et nous nous souviendrons toujours avec bonheur — un bonheur mêlé de regrets — des heures studieuses de notre jeunesse. Au moment où ce temps heureux des études va finir, nous avons, suivant une antique coutume, un agréable devoir à remplir. Qu'il nous soit permis de nous retourner vers nos Maîtres des Hôpitaux et de l'Ecole de Médecine pour leur adresser l'expression de notre dévouement et le tribut de nos vifs remerciements.

Nous exprimons particulièrement toute notre gratitude à M. le professeur Tédenat pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, ainsi que pour les observations qu'il a eu l'obligeance de nous donner.

M. le professeur Soubeiran a bien voulu nous inspirer le sujet de ce modeste travail et nous a accueilli avec une bienveillance qui nous a réellement touché ; du fond du cœur nous lui adressons nos remerciements.

Notre reconnaissance va enfin à MM. les professeurs Baumel et Raymond, qui ont daigné accepter de faire partie de notre jury.

INTRODUCTION

La glossite profonde aiguë est une affection fort rare, contrairement aux glossites superficielles qui s'observent assez souvent et font partie de toutes les stomatites.

Connue depuis les origines de la médecine puisqu'elle aurait été mentionnée par Hippocrate, Aretée et Gallien, elle a été plus tard l'objet d'observations intéressantes de la part d'Ambroise Paré, Louis et De la Malle. Maisonneuve dans sa thèse d'agrégation, Chaissagnac. Clarke et Butlin nous ont laissé des descriptions aussi complètes que véridiques.

Plus récemment, les excellentes études de Maurel, Morestin et Broca, les thèses de Caulier et Thébaud, et le consciencieux travail de Sabrazès et Bousquet ont contribués à éclaircir la question.

En 1902, M. le professeur Soubeiran, alors chef de clinique au service de M. le professeur Tédenat, fit une communication à la Société des Sciences Médicales de Montpellier à propos d'un cas intéressant observé par lui. C'est cette dernière qui a été le point de départ de notre modeste travail, qui n'a nullement la prétention d'exposer des faits nouveaux, mais seulement de faire une étude d'ensemble de la glossite profonde en tâchant tout sim-

plement de rassembler les matériaux que nous ont laissés les auteurs qui se sont occupés de la question.

Nous avons divisé notre travail en sept chapitres, qui comprennent :

le 1er l'Étiologie et Pathologie.
le 2e l'Anatomie Pathologique.
le 3e la Symptomatologie.
le 4e la Marche et Pronostic.
le 5e le Diagnostic.
le 6e le Traitement.
le 7e les Conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GLOSSITE PROFONDE AIGUË

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les anciens auteurs mentionnaient déjà les maladies que nous appelons aujourd'hui infectieuses comme une des causes les plus fréquentes des glossites aiguës. Ils voyaient dans cette inflammation de la langue une manifestation locale de la maladie sans s'attarder à rechercher un mécanisme quelconque à leur production.

Aujourd'hui on tend de plus en plus à accuser ces pyrexies de favoriser plutôt que de produire la glossite, et cela en ouvrant des portes d'entrée à l'infection, car presque toutes s'accompagnent de manifestations buccales plus ou moins accentuées. Le cas semble très net pour la variole, où l'on peut quelquefois saisir la porte d'entrée, la pustule, et ici la maladie est aggravée par la tendance générale de l'organisme à la suppuration. La scarlatine, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, agiraient aussi de la même façon en amenant souvent des modifications profondes

du côté de l'épithélium buccal, et il faut noter qu'ici comme dans la variole et dans les autres maladies générales, l'infection linguale vient probablement de la bouche, dont le milieu, déjà septique normalement, atteint dans ces cas un haut degré de virulence.

On peut se demander avec A. Broca (1) si l'étiologie ne serait pas analogue pour les glossites dites « idiopathiques » et dont Guéneau de Mussy, Ducknorth et Butlin ont constaté le lien avec l'état infectieux mal déterminé qu'on appelle fièvre catarrhale.

« Dans cette glossite dite idiopathique, la détermination » linguale serait aussi souvent due à des portes d'entrée » qui nous échappent, mais qu'on constate aisément sous » forme d'une inflammation aphteuse dans un cas de Lave- » ran (2) ». L'étude de Sabrazès et Bousquet et la connaissance plus ample de l'anatomie pathologique qui s'en dégage viennent à l'appui de cette opinion.

La glossite mercurielle, fréquente autrefois à cause de l'abus qu'on faisait du mercure dans le traitement de la syphilis, est devenue aujourd'hui fort rare. Pour elle comme pour les stomatites de même ordre, il nous semble logique d'invoquer l'infection d'origine buccale comme cause première, favorisée sans doute par les altérations de l'épithélium produites par l'élimination du mercure.

C'est encore dans cet état septique de la bouche, dont les microbes atteignent une virulence exaltée, qu'il faudrait chercher la cause de ces glossites liées à des infections de voisinage : amygdalite, parotidite, ostéo-périos-

---

(1) *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

(2) Laveran, *Arch. de med et pharm militaires*, Paris, 1885, t. VI, p. 57.

tite alvéolo-dentaire, comme c'est le cas dans l'observation de Soubeiran, où le malade, frappé en pleine santé, ne présentait à l'examen qu'un très mauvais état de la dentition et accusait des douleurs au début de sa glossite.

Les traumatismes de la langue sont une cause fréquente de glossites et l'on conçoit que l'infection par le milieu buccal soit ici encore plus nette, puisque la porte d'entrée est manifeste. M. le professeur Tédenat en a rapporté 5 cas à la Société des sciences médicales, dont deux à la suite de balles de revolver reçues par la région sus-hyoïdienne. Nous ferons remarquer qu'ici comme dans beaucoup d'autres observations, l'action du froid a été notée comme ayant joué le rôle de cause adjuvante, et que certains auteurs admettent même l'existence d'une « glossite a frigore ».

On peut cependant admettre toujours avec Morestin, au moins pour ce qui concerne les glossites liées aux maladies générales, la possibilité d'une infection se faisant par la voie sanguine ; les microbes charriés par le sang, colonisant au niveau des tissus de la langue, et y déterminant une vive réaction inflammatoire.

La théorie infectieuse semble plus difficile à appliquer à ces gonflements de langue, survenant d'une façon trop brusque, sous l'influence d'une cause toute locale, qui ont été de tout temps assimilés aux glossites et désignés sous le même nom. Nous voulons parler de ces tuméfactions linguales qu'on observe parfois à la suite de piqûres d'insectes, de l'action topique de certains venins ou de toute autre substance très irritante. Ambroise Paré, dans son vingt et unième livre des venins, raconte un cas d'inflammation de la langue produite par la bave d'un crapaud introduit dans la bouche. Maurice Raynaud a rapporté

plus récemment celui d'une femme qui fut mordue à la langue par une vipère apprivoisée, à laquelle elle voulut faire prendre un morceau de biscuit qu'elle tenait à la bouche ; une glossite intense et fort grave en fut le résultat.

On a parlé de cas de ce genre survenus à la suite de la mastication de feuilles de tabac ou de céleri, d'attouchements avec du vitriol bleu, etc.

Depuis bien longtemps on s'est demandé déjà, et la question ne nous paraît pas encore tranchée, s'il ne s'agit pas, pour tous ces cas, d'une fluxion ou d'un œdème toxique aigu plutôt que d'une véritable inflammation. C'est que, de tout temps, on a été frappé par la brusquerie avec laquelle les accidents apparaissent, la langue doublant ou triplant de volume dans quelques heures, aussi bien que par la facilité de la résolution qui se fait souvent spontanément et la rareté de la suppuration.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Jusqu'à 1897, ce chapitre de la question a été presque complètement oublié. L'absence de nécropsies, ou plutôt l'insuffisance des méthodes de recherches histologiques, en ont été la principale cause, et on se perdait dans les hypothèses, les uns ne voulant voir qu'un simple état congestif ou tout au plus un œdème aigu dans toutes les glossopathies, les autres n'y voyant qu'une inflammation interstitielle ou même une véritable myosite Caulier (1), dans sa thèse, considérant la rareté du tissu cellulaire dans la langue, et sa richesse par contre en lymphatiques, de même que le retentissement fréquent sur les ganglions, croit que l'inflammation de ces vaisseaux est le fait primordial, et déclare cette angioleucite responsable de la plupart des phénomènes. Thébaud (2) semble, lui aussi, se rallier à cette opinion. En 1897, Sabrazès et Bousquet publièrent dans la Presse Médicale (3) un article très documenté, avec observation

(1) Caulier. Thèse de Paris 1884-85.

(2) Thébaud. Thèse de Paris.

(3) Sabrazès et Bousquet. Presse médicale du 30 juin 1897.

fort intéressante de macroglossite aiguë streptococcique survenant chez une femme de 39 ans au cours d'une fièvre puerpérale. Le cas se termina deux jours après par la mort et donna lieu à un examen histologique et bactériologique de la langue, qui a été le premier et le seul que nous connaissons, et qui a éclairé singulièrement la question. Sans doute, comme le dit Morestin (1), on ne peut pas tirer d'un seul examen des conclusions générales et définitives, mais l'étude minutieuse à laquelle ils se sont livrés, donne de précieuses indications, au moins pour l'interprétation d'un certain nombre de faits.

Voici, résumées, les constatations que ces auteurs ont faites. La partie antérieure de la langue, de la pointe au V lingual, est élargie, globuleuse, et surtout considérablement épaissie. Sur la tranche, la hauteur dépasse deux centimètres. La muqueuse est rose, pâle, ça et là blanc grisâtre, unie, sans fissures ni bosselures. En multipliant les coupes on ne distingue aucun vestige de nécrobiose, ni de suppuration quelconque. La surface de section est d'un blanc rosé, laissant suinter un suc séreux à la pression et n'exhale aucune espèce d'odeur désagréable.

A l'examen histologique, les stratifications superficielles de l'épithélium sont tombées, et les prolongements profonds de la muqueuse, au lieu d'être réguliers comme normalement, dessinent sur la coupe des figures sinueuses « découpées en carte de géographie ». Les papilles qui entourent et limitent ces prolongements ne sont plus qu'une accumulation d'éléments cellulaires de petit volume à noyau découpé, très chromatique, de cellules fu-

---

(1) Morestin. Traité de chirurgie de le Dentu et Delbet

siformes, minces et allongées et de précipités granuleux disposés en séries réticulées.

Dans tout le territoire hypertrophié, la langue est gorgée de ces mêmes cellules agglomérées en rangs d'autantplus serrés qu'on s'éloigne davantage de la région papillaire.

L'infiltration cellulaire s'est faite sur une telle épaisseur que le plan des fibres striées se trouve refoulé à une distance de plus d'un millimètre au-dessous du niveau normal. Les faisceaux musculaires, au lieu d'être étroitement enlacés, sont dissociés par l'interposition de cellules d'émigration, et ils affectent l'aspect de tronçons plus ou moins courts.

L'hypertrophie de l'organe est surtout due à une sorte d'infection interstitielle par ces petites cellules à noyau multilobé, tassées les unes contre les autres, extraordinairement denses.

Les lymphatiques, dilatés et sinueux, sont encombrés de leucocytes et obstrués par un réticulum fibrineux.

Les vaisseaux sanguins participent au processus inflammatoire ; on rencontre des veinules oblitérées par un caillot, et des artérioles atteintes de périartérite et endartérite végétante. Les glandes en grappe de la région de la pointe sont masquées par le tissu d'infiltration.

Les fibres musculaires ont conservé pour la plupart leur striation. Néanmoins, on distingue même dans celles qui sont nettement striées, des gouttes de graisse autour du noyau du sarcoplasme.

Les filets nerveux sont relativement sains. Dans les points où l'épithélium est remplacé par une coque anhiste, on voit un nombre considérable de microbes; ce sont des cocci ayant les caractères des streptocoques. On en retrouve aussi dans le chorion, surtout au voisinage

et à l'intérieur des lymphatiques, de même que profondément entre les faisceaux musculaires. La plupart sont libres, soit disséminées en traînés qui vont se clairsemant de la périphérie au centre de la langue, soit accumulés en foyers, principalement autour ou dans la lumière des voies lymphatiques, ou encore au niveau des veinules thrombosées. Les artères n'en contiennent pas. Ils font également défaut à l'intérieur des fibres musculaires et des faisceaux nerveux.

Il s'agit évidemment ici d'une glossite aiguë à streptocoques, et comme ces microorganismes sont de plus en plus abondants à mesure qu'on s'approche de la périphérie, on peut en conclure que l'infection s'est réalisée de dehors en dedans, ce qui est constaté par le fait que les vaisseaux ne contenaient pas des microbes. On ne peut donc penser à une infection par embolies microbiennes et l'origine de celle-ci semble le plus probablement buccale comme le pensent ces auteurs.

Quant à la nature même de cette glossite, il résulte de l'étude histologique faite par Sabrazès et Bousquet et comme ceux-ci le font remarquer, qu'il s'agissait dans l'espèce d'une inflammation de la langue « in globo », qu'on pourrait aussi considérer comme se rapportant à une infection phlegmoneuse avant le stade de la suppuration, ou encore une myosite suraiguë.

CHAPITRE III

SYMPTOMES

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître souvent à la glossite aiguë un début si brusque et une évolution tellement rapide qu'ils donnent, nous dit Morestin, « un caractère dramatique et immédiatement alarmant à la maladie ». Il ne semble pas pourtant qu'il en soit toujours ainsi, car dans nombre d'observations, ce début, en apparence si inattendu, est précédé par des symptômes prodromiques, consistant dans des frissons, un peu de fièvre, des élancements et un peu de douleur du côté de la langue, et une certaine gêne à la mastication. Caulier pense que l'absence de prodromes s'observe surtout dans les cas de glossite déterminée par des causes externes, piqûres d'insectes ou morsures d'animaux venimeux principalement.

Quoi qu'il en soit de ce début, le phénomène le plus saillant de la période d'état, celui qui frappe le plus médecin et malade, c'est le gonflement. Il peut être très rapide et, en quatre ou cinq heures, la langue peut avoir doublé ou triplé de volume ; mais aussi et c'est le cas surtout pour les glossites liées à des maladies générales, il augmente plus lentement, et ce n'est qu'au bout de trente-

six ou quarante-huit heures qu'il atteint son degré maximum.

Depuis longtemps on a divisé les glossites suivant le siège de la tuméfaction : en glossites totales, hémiglossites et glossites basiques. Il nous semble aussi logique aujourd'hui de faire une place pour les glossites de la pointe, car plusieurs observations, entre autres celles de M. Soubeiran et de MM. Sabrazès et Bousquet démontrent l'existence d'une localisation bien limitée à la partie antérieure de l'organe.

Le tableau clinique peut varier avec le siège et l'étendue des lésions mais il n'y aurait pas lieu, nous semble-t-il, de décrire plusieurs maladies, comme l'ont fait certains auteurs.

Dans la glossite totale, celle dans laquelle l'organe est frappé dans toute son étendue, la tuméfaction atteint naturellement son maximum.

La langue remplit toute la cavité buccale ; elle s'applique contre la voûte palatine et contre les arcades dentaires. Le patient est obligé de tenir les mâchoires écartées puis la langue finit par proéminer entre les lèvres et par faire saillie au dehors de la bouche. Alors elle offre un aspect singulier : « il semble que ce soit une pièce de chair informe, plus ou moins longue, plus ou moins volumineuse, rouge sombre ou même noirâtre » (1).

Cette coloration est partiellement voilée par une fausse membrane blanchâtre, épaisse, mais peu adhérente, qui recouvre la face dorsale de l'organe. Les dents laissent sur les bords tuméfiés des empreintes qui peuvent devenir l'origine d'ulcérations, et cela est surtout à redouter

(1) Requeu. — Pathologie interne.

lorsque la langue, trop volumineuse pour être contenue dans la cavité buccale, fait hernie au dehors et se trouve comprimée au niveau des arcades dentaires.

Celles-ci sont, en effet, souvent appliquées l'une contre l'autre, par suite du trismus, et l'écartement restreint qu'on peut obtenir est insuffisant pour permettre un examen complet de la région.

La salivation abondante a été donnée par quelques auteurs comme un symptôme de la glossite mercurielle, mais Caulier est d'avis qu'elle existe dans tous les cas, et en effet nous avons remarqué que la plupart des observations en font mention.

Dans quelques cas l'inflammation ne se limite pas à la langue, mais elle envahit aussi la face, les joues, les régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire, comme dans une observation de M. Raynaud.

A côté de ce symptôme prédominant, la tuméfaction, il faut placer la douleur. Celle-ci peut précéder de quelques jours le gonflement; quelquefois elle cesse quand il atteint son apogée, mais plus souvent elle persiste pendant toute la durée de la maladie. Limitée au début pour les glossites de causes externes (piqûres, traumatismes) au point lésé, elle s'étend, par la suite, à la totalité de l'organe et peut même s'irradier à toute la bouche, à la face et à la tête.

Pendant les premiers jours, la pression ne semble pas l'exaspérer, mais si la glossite se termine par suppuration, la langue, surtout au niveau du point abcédé, devient excessivement douloureuse (1).

De cette inflammation aiguë de la langue, qui peut être

---

(1) Caulier. Thèse de Paris.

accompagnée, comme nous l'avons dit, de celle des régions voisines, résultent des troubles fonctionnels fort importants, parmi lesquels ceux de l'aération sont capables de déterminer brusquement une issue fatale de la maladie. La tuméfaction, en effet, oblige la langue à s'appliquer fortement contre la voûte palatine en empêchant la libre entrée de l'air ; mais dans ce cas encore, le malade peut respirer par les narines. Il en est autrement lorsque la tuméfaction, surtout prononcée à la base de la langue, refoule celle-ci en arrière, renverse l'épiglotte et obstrue l'orifice du larynx, déjà retréci par l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques. Dans ce cas, l'asphyxie est imminente. De fait, au bout de peu de temps, le malade est en proie à une angoisse respiratoire considérable ; les lèvres se cyanosent, le visage devient livide et se couvre de sueur froide et il semble alors que le patient est sur le point de succomber (1).

La mastication est impossible et l'articulation fort gênée ; dans certains cas, les liquides eux-mêmes sont rejetés à cause de la difficulté qu'a le malade à exécuter les mouvements nécessaires à la déglutition qui lui provoquent des douleurs atroces.

Les troubles de l'articulation sont constants : dès les débuts, la parole est gênée par suite de la difficulté qu'éprouve la langue tuméfiée à se mouvoir dans la cavité buccale et elle devient impossible lorsque le gonflement atteint certaines proportions.

On a observé encore des symptômes de congestion cérébrale qu'on a expliqués par la compression des vaisseaux

---

(1) Morestin. Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

du cou par les ganglions engorgés, de l'assoupissement, de la diarrhée et de la céphalalgie.

La réaction fébrile est en général modérée et monte rarement au-dessus de 38°5. On a constaté des cas d'apyrexie complète.

Tous les symptômes que nous venons de passer en revue, sont à leurs maximum dans les glossites totales. Voyons un peu ce qui se passe dans les glossites partielles.

Dans l'hémiglossite, l'inflammation est limitée à une moitié de la langue.

Les symptômes fonctionnels sont dans ce cas bien moins accusés, puisque le gonflement n'atteint jamais les proportions de la glossite totale, et en plus il se localise surtout à la pointe. Le côté malade s'incurve autour du côté sain et la langue prend une forme globuleuse. Pour certains auteurs, cette localisation à une moitié de la langue serait rare ; pour d'autres, Butlin en particulier, elle serait au contraire la règle. Pour Broca, ce qui est rare et ce qui serait d'après lui la caractéristique de l'hémiglossite, c'est la limitation de l'œdème phlegmoneux à une moitié de la langue, car le noyau unilatéral primitif disparaît de bonne heure au milieu du gonflement général, mais par contre l'abcès consécutif est le plus souvent circonscrit et unilatéral.

Dans la glossite basique, appelée par David Craigie « angine linguale », les symptômes cliniques sont à peu près les mêmes que dans la véritable angine phlegmoneuse à laquelle du reste elle est parfois associée. Les troubles fonctionnels et en particulier ceux de la respiration, revêtent de bonne heure dans cette glossite basique une grande intensité. A l'examen local, on constate par le toucher, dans les cas où il est possible, un empâtement, une induration de la base de la langue qui est dou-

loureuse à la pression. Quelquefois la partie antérieure est œdématiée et refoulée en avant, ce qui ferait croire à une glossite totale, si cette partie antérieure n'était relativement souple et surtout indolore à la pression (1).

Nous en avons fini avec l'étude symptomatologique des glossites en général, mais nous voulons dire quelques mots sur des formes que l'on peut observer en clinique et qui ont été bien décrites par Maurel (2).

Cet auteur distingue des glossites : 1° à forme œdémateuse ; 2° à forme suppurée, et 3° à forme gangréneuse.

Dans la première, qui paraît la plus fréquente, la langue atteint ses plus grandes dimensions et peut dépasser de quatre ou cinq centimètres les arcades dentaires. Elle s'observerait surtout comme conséquence aux plaies envenimées de la langue, mais ne serait pas non plus rare dans les glossites dites « a frigore ». La résolution semble être la règle dans cette forme et se fait même spontanément dans certains cas ; elle se fait toujours très rapidement après l'intervention. On a noté toutefois des cas de mort par suffocation, par suite de l'intensité de l'œdème. La consistance de la langue est molle et une pression un peu prolongée des doigts laisse une trace sensible. Sur ses bords on observe des empreintes profondes dues à la pression des dents et qui démontrent la consistance œdémateuse de l'organe.

La forme suppurée, plus rare, ne se révèle pas toujours par des symptômes d'une acuité particulière et peut, partant, donner lieu à des erreurs de diagnostic. Le gonflement, après avoir atteint son apogée, reste stationnaire

---

(1) Duplay et Reclus. — Tr. de chirurgie.

(2) Maurel. — Gazette méd chir. de Toulouse.

et la formation du pus se manifeste par les symptômes classiques : frissons répétés, exacerbation de la douleur qui devient fixe, lancinante et pulsative. Lorsque le pus est formé, il se collecte et forme une tumeur qui proémine généralement vers la face dorsale de la langue. Cette tumeur, de coloration violacée, est molle, dépressible, rarement fluctuante, quelquefois même d'une consistance assez dure pour donner le change avec une tumeur solide.

La forme gangreneuse est la plus rare et s'observe surtout comme complication au cours de certaines maladies infectieuses et diathésiques, telles que : la variole, la fièvre typhoïde, la scarlatine et le diabète (1). Cependant en dehors de tout état général grave, elle peut se montrer aussi comme conséquence de l'intensité du processus inflammatoire. La constriction produite par les arcades dentaires est si marquée, que la portion de langue qui fait saillie au dehors de la bouche est frappée de gangrène.

La partie la plus souvent atteinte est celle qui dépasse les arcades dentaires ; mais la gangrène peut également prendre comme point de départ les parties qui sont en contact permanent avec les dents et surtout l'arcade dentaire inférieure.

Cette forme, dit Maurel, est souvent insidieuse. Elle a fait déjà des progrès notables avant que le malade s'en aperçoive. Il importe donc de bien connaître les allures de cette forme, et de surveiller avec soin tous les points de la langue qui sont en contact répété avec les dents, afin d'intervenir à la première menace. La perte de la sen-

---

(1) Thébaud. — Thèse de Paris.

sibilité doit aussi nous faire penser à l'invasion de la gangrène.

Mais, si la mortification se produit en arrière des arcades dentaires, il est plus difficile de s'en rendre compte. Souvent, c'est la fétidité de l'haleine et l'écoulement d'un liquide ichoreux qui attirent l'attention.

La gangrène ne frappe pas seulement la partie qui proémine entre les arcades dentaires; elle peut envahir toute la langue. Cette deuxième forme fort grave est heureusement rare. La débilitation générale joue un grand rôle dans sa genèse. On peut l'observer, au cours des pyrexies ataxo-adynamiques. et pendant l'évolution du scorbut.

CHAPITRE IV

MARCHE ET PRONOSTIC

En dehors des cas suraigus, où la maladie se termine brusquement par suffocation, la glossite aiguë peut aboutir : 1° à la résolution ; 2° à la suppuration ; 3° à la gangrène ; 4° à l'inflammation chronique.

La résolution est la terminaison la plus fréquente et a été observée *même pour des cas qui paraissent graves* en l'absence de toute intervention chirurgicale. Caulier, dans sa thèse, publie une observation recueillie dans le service de M. Raynaud, d'un cas de glossite fort intense produite par une piqûre de vipère et qui se termina une semaine après par résolution. On avait institué un traitement purement médical. Cette terminaison est pour Broca à peu près constante dans les glossites par plaies envenimées, dans la forme œdémateuse de Maurel, où la rapidité avec laquelle se produisent les accidents plaide plutôt en faveur d'un œdème aigu que d'une véritable inflammation. Elle ne serait pas cependant rare dans la vraie glossite catarrhale ou « a frigore ».

Quand la résolution doit terminer une glossite, le malade s'aperçoit que le gonflement diminue et que l'articulation des mots commence à devenir possible. Au même temps, la déglutition, au moins pour les liquides,

s'opère facilement. La douleur à la pression diminue et les symptômes généraux s'amendent parallèlement.

La suppuration est une terminaison plus rare. On a voulu expliquer ce fait en faisant intervenir la structure du parenchyme lingual, formé par des fibres musculaires très serrées, laissant peu de place au tissu conjonctif. En raison de cette même structure, la suppuration quand elle se produit, est peu abondante et occasionne peu de désordres.

On a noté dans certains cas une suppuration diffuse, dans laquelle le pus a envahi le pharynx et le larynx et a amené une mort rapide par infection générale. Ces cas sont très rares et presque toujours on se trouve en présence d'un phlegmon circonscrit, d'un abcès chaud de la langue. La formation du pus se révèle par les symptômes ordinaires : frissons répétés auxquels Caulier attribue une grande importance, augmentation de la fièvre et exacerbation de la douleur qui devient lancinante et pulsative. L'examen local est souvent difficile en raison du trismus et de la tuméfaction de la langue qui peut remplir toute la cavité buccale. Lorsqu'il est possible, on constate l'existence de la tumeur violacée dont nous avons parlé antérieurement qui proémine en général vers la face dorsale de la langue et offre à la palpation une consistance variable mais dans laquelle il est rare de sentir la fluctuation. Les troubles fonctionnels subissent à partir de ce moment une légère détente et l'abcès s'ouvre spontanément au bout de huit ou dix jours, donnant issue à une ou deux cuillerées de pus fétide, si l'intervention n'a pas devancé cette terminaison.

La glossite peut encore aboutir, comme nous l'avons dit, à la gangrène. Nous avons décrit au chapitre de la symptomatologie les deux formes cliniques par lesquelles

celle-ci peut se manifester et nous croyons inutile d'insister ici.

Enfin, l'inflammation chronique de la langue, la glossite chronique a été très rarement observée comme succédant à une atteinte de glossite aiguë.

De ce que nous venons de dire on peut conclure que si le pronostic de la glossite aiguë est loin d'être grave dans tous les cas, il doit être toujours réservé, en raison des complications qui peuvent survenir. On peut dire cependant que la guérison est la terminaison habituelle, lorsqu'un traitement énergique et bien compris est institué à temps.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

En général le diagnostic de la glossite aiguë ne présente pas des grosses difficultés. Le gonflement énorme et rapide de la langue qui proémine entre les arcades dentaires, la douleur et la fièvre permettent de reconnaître l'affection. L'inflammation diffuse du plancher de la bouche ou la grenouillette aiguë pourraient, à un examen superficiel, en imposer pour une glossite, mais dans ce cas la langue a son volume normal, elle n'est ni douloureuse, ni déformée, mais seulement refoulée en haut et en arrière.

La glossite basique peut cependant être la cause d'erreurs de diagnostic lorsque l'inflammation s'est propagée à la région sus-hyoidienne. Dans ce cas, l'exploration directe peut être rendue impossible par suite du trismus, et les troubles respiratoires pourraient faire penser à un phlegmon pharyngo-laryngien ou sus-hyoidien.

Au moment où l'abcès est formé, on pourra hésiter sur la nature de la tumeur qu'on sent presque toujours à la face dorsale de la langue, et dont la fluctuation, est, comme nous l'avons déjà dit, loin d'être constante. On

pourrait alors hésiter entre un kyste, une gomme ramollie, un abcès tuberculeux ou actinomycosique. Les commémoratifs et la rapidité de l'évolution seront seuls capables quelquefois de trancher le diagnostic.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Dans la forme œdémateuse, si l'intensité des troubles fonctionnels n'est pas assez grande pour faire craindre la suffocation, presque tous les auteurs conseillent d'attendre et de favoriser la résolution par les moyens médicaux. On prescrira un purgatif salin, des collutoires anesthésiques et émollients, et on s'attachera surtout à réaliser une antisepsie buccale aussi parfaite que possible.

Dupuytren vantait l'emploi de l'émétique à hautes doses, au moyen duquel il disait avoir obtenu maintes fois une résolution facile.

Aujourd'hui on préfère avoir recours, dans les cas où celle-ci traîne, à l'application de sangsues à la région sus-hioïdienne ou même à la face inférieure de la langue.

Quand ces divers moyens ont échoué, ou lorsque la gravité du cas l'exige, il faut avoir recours à un moyen direct, beaucoup plus efficace, la scarification de la langue, qui, d'après Marjolin, aurait été employée pour la première fois en 1656 par Job Meckeen.

Cette scarification, qui mérite plutôt le nom d'incision, puisqu'on recommande de débrider profondément, est unique dans le cas d'hémiglossite, et double quand on a affaire à une glossite totale. On la fait sur la face

dorsale, parallèlement à la ligne médiane et à un centimètre à peu près de celle-ci. Lorsque le gonflement considérable de la langue gêne l'introduction du bistouri, Delamotte conseille de placer entre les dents un coin de bois ou un bouchon de liège, de façon à écarter les arcades dentaires. L'écoulement de sang consécutif à ces incisions est relativement minime, et on est étonné d'autre part, lorsque la langue est revenue à ses dimensions naturelles, de voir le peu de profondeur réelle de celles-ci (1). Cela tient à ce que le gonflement porte principalement sur les couches superficielles dans lesquelles pénètre le bistouri. Pour la glossite basique, on a recommandé de débrider profondément la partie verticale de la langue avec un bistouri en faucille.

Tous ceux qui ont eu à pratiquer ces incisions sont d'accord à reconnaître leur grande efficacité. Il arrive souvent, nous dit Caulier, qu'après quelques heures, les symptômes les plus alarmants se sont dissipés, la suffocation a disparu avec le gonflement et bientôt la langue a repris des dimensions telles que la parole est redevenue possible, malgré la gêne apportée par la plaie qu'on a faite à l'organe.

Si, malgré l'emploi de ces moyens, les accidents deviennent de plus en plus alarmants, si la suffocation est imminente, les auteurs conseillent de pratiquer la trachéotomie. Comme le dit Caulier, on doit d'autant moins hésiter à avoir recours à cette opération que l'inflammation de la langue est, par elle-même, une maladie peu grave, dont on vient facilement à bout, si l'on peut main-

---

(1) Morestin. — *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet.

tenir le jeu des fonctions importantes qu'elle gêne accidentellement.

Si la glossite se termine par suppuration et si l'on peut reconnaître la présence du pus dans un point quelconque, il faut naturellement se hâter de lui donner issue. Cette constatation est souvent difficile en raison du trismus et de la tuméfaction de la langue qui empêchent l'introduction des doigts dans la bouche. Quand elle est possible, on sent généralement une tumeur que proémine vers la face dorsale de la langue et dans son tiers moyen, et il est facile d'enfoncer un bistouri dans le point qui semble le plus dépressible, puisque la fluctuation est presque toujours absente.

Les abcès de la base doivent aussi être ouverts par la bouche quand cela est possible.

Si l'abcès est très profondément situé et inaccessible par cette voie, on est obligé de faire une incision extérieure et d'aller le chercher par la voie sous-maxillaire.

Dans les glossites gangreneuses, enfin, si l'antisepsie est impuissante à enrayer le processus, on fera des cautérisations énergiques avec le thermocautère.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Par le docteur P. Soubeiran. Communiquée à la Société des Sciences médicales, le 9 mai 1902. Service de M. le Professeur Tédenat).

Julien J., âgé de 38 ans, entre le 25 avril 1902 dans le service de M. le professeur Tédenat pour une tuméfaction considérable de la langue. C'est un homme bien constitué, sans antécédents dignes de nous arrêter. Il a eu une grippe légère il y a trois mois, il fume peu, ne boit pas, mais il souffre parfois, assez rarement d'ailleurs, de ses dents. Il y a trois jours, en pleine santé, il s'aperçut en mangeant et sans qu'il ait eu le moindre traumatisme, qu'il éprouvait une petite douleur près de la pointe de la langue et que celle-ci avait une diminution dans sa motilité ; elle était comme « raidie ». Notons que depuis le matin le malade souffrait, au niveau des dents cariées qu'il portait à ses maxillaires inférieur et supérieur du côté gauche. Le soir, la langue augmente considérablement de volume et une tuméfaction grosse comme une noisette apparaît sur sa face supérieure. Le lendemain l'organe augmente encore et est le siège d'une douleur vive, cuisante, accompagnée d'une sensation de tension ; le malade ne peut plus parler, la langue immobilisée

remplit complètement la bouche, qu'il est obligé de tenir ouverte, la déglutition est impossible, la salive coule au dehors et la respiration est fort gênée.

Le malade, anxieux, fait appeler M. Tédenat, qui pratique aussitôt une incision médiane de quatre centimètres, par laquelle s'écoulent du sang et de la sérosité. Le malade, déjà fort soulagé, rentre à l'hôpital le soir même ; de crainte d'autres accidents on lui met, sur les conseils de M. Tédenat. des compresses froides autour du cou.

A l'examen, le lendemain, ce malade ne présente pas de ganglions cervicaux ; le plancher buccal est souple, les amygdales ne sont pas augmentées de volume ; presque toutes les molaires sont mauvaises. La langue offre un volume considérable, bien qu'elle ait déjà beaucoup diminué ; elle est élargie et très épaissie ; sa face supérieure est couverte d'un enduit saburral, les bords sont effilés et festonnés, portant la trace des dents qui s'y sont imprimées. A la palpation on sent la langue indurée dans ses deux tiers antérieurs ; cette induration se poursuit jusqu'à la pointe en avant et se dirige vers la base, sans l'atteindre ; elle prédomine à gauche. La langue, saisie entre deux doigts, donne une impression de rigidité spéciale, elle est indolore ; le malade salive abondamment, mais il peut avaler. Il parle assez bien, mais il meut très incomplètement sa langue dans tous les sens, surtout dans l'élévation ; il ne souffre plus. En somme, l'incision, suivie de l'application de compresses de Priessnitz autour du cou, l'ont fort soulagé ; on lui donne de plus un gargarisme antiseptique.

Deux jours après, le malade sort guéri, la langue a repris sa mobilité, mais il persiste encore une légère induration.

Observation II

(Inédite. — Professeur Tédenat)

Coup de revolver reçu par la région sus-hyoïdienne. Balle saillante au niveau du V lingual et levée quelques heures après. Dix jours plus tard glossite aiguë. Incisions multiples. Guérison rapide.

Un jeune homme de 25 ans entre dans le service de M. le professeur Ollier le 5 novembre 1874, dans l'après-midi. Il s'était tiré un coup de revolver sous le menton. Orifice d'entrée insignifiant. Le docteur Ripier enleva la balle qui se montrait à moitié par une écaillure de la région du V lingual. Pas de réaction inflammatoire. Dix jours après, à la suite d'un coup de froid, tuméfaction rapide et étendue de la langue, salivation, gêne respiratoire qui fit penser à la trachéotomie.

M. Ollier fit trois incisions longitudinales, longues de quatre à cinq centimètres, profondes de quinze à vingt millimètres. Lavages antiseptiques.

Au bout de trois heures, respiration facile, grâce à la diminution considérable de la tuméfaction. Guérison complète en trois jours.

Observation III

(Inédite. — Service de M. le professeur Tédenat)

Balle de revolver dans la langue depuis quinze jours. — Plaie sus-hyoïdienne cicatrisée. — Glossite aiguë. — Incisions longitudinales. — Extraction de la balle. — Guérison.

Un jeune homme de 22 ans s'est tiré un coup de revolver dans la région sus-hyoidienne le 3 mai 1886. Plaie insignifiante, cicatrisée en 5 ou 6 jours. Gêne insignifiante

pour la mastication ou la déglutition, pas de tuméfaction.

Le 18 mai, le malade fait, le soir, par un temps froid, une course en voiture découverte. Le lendemain matin, tuméfaction énorme de la langue qui fait saillie entre les dents, gêne respiratoire, salivation visqueuse.

M. Tédenat pratique deux incisions longitudinales de chaque côté du dos de la langue. Il s'écoule très peu de sang et beaucoup de sérosité. Il incise dans l'axe de la langue, par la plaie fermée, explore avec le doigt, sort la balle qui, saisie avec une pince, est enlevée, non sans quelque difficulté. Lavages de la bouche Cicatrisation rapide. Guérison complète en huit jours.

Observation IV

(Publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, par le docteur Monscourt).

Un homme âgé de 40 ans environ, qui souffre de la gorge depuis quatre ou cinq jours, éprouve de la difficulté pour avaler et parle avec la plus grande peine. Il a de la céphalalgie, des frissons et une forte fièvre.

Le cinquième jour, on le trouve dans un fauteuil, l'air anxieux, la face congestionnée, les yeux injectés, la respiration sifflante, convulsive, l'haleine fétide, en proie à des frissons répétés et une fièvre de 39 degrés. Il ne peut prononcer une parole, il se fait comprendre par des signes. La déglutition est absolument impossible ; voici d'ailleurs trois jours qu'il n'a pu absorber quoi que ce soit. La respiration se fait avec difficulté. Pas de sommeil par suite de la céphalalgie et des élancements ressentis dans la bouche et la tête.

Le cou est volumineux sur toute sa région antérieure, gonflé sur tout le côté droit, mais il ne présente de tumeur nulle part. Dans toute son étendue, la peau conserve sa coloration normale. La pression dans la région sous-maxillaire droite et dans la région cervicale provoque de fortes douleurs qui irradient vers la face et vers la cavité buccale.

La bouche est entr'ouverte, et entre les mâchoires écartées, on aperçoit la langue volumineuse, qui remplit toute la cavité buccale et empêche les mâchoires de se rapprocher.

Elle est si gonflée qu'elle comble, en bas, l'espace compris entre les dents ; elle les déborde même, et s'applique, par sa face supérieure, contre la voûte palatine à laquelle elle paraît collée. Sur les bords de la langue, on aperçoit les empreintes des dents. Sur la face supérieure, elle est recouverte, par places, d'un enduit saburral et de quelques fuliginosités. La muqueuse buccale est rouge.

La langue forme une masse molle, œdématiée, et comme entièrement gonflée de liquide. Quand on place l'abaisse-langue, on ne rencontre aucune résistance ; au contraire, l'instrument la déprime dans sa totalité. Ses bords ont une hauteur de deux travers de doigt et présentent le même aspect à droite qu'à gauche. Mais une petite pression sur le bord droit y amène de vives douleurs et des élancements qui s'irradient dans la tête et le cou, tandis qu'à gauche elle est beaucoup moins sensible. La douleur et la fluctuation sont plus accusées à droite, autant qu'il est possible, dans ces conditions, de le constater.

Une ponction dans la langue, avec une seringue de Pravaz, ramène un pus horriblement fétide. Au même

endroit, nous enfonçons de trois à quatre centimètres la lame d'un bistouri, il sort une vingtaine de grammes de pus d'une odeur infecte et de couleur chocolat.

Le soulagement est instantané : la langue se dégonfle en partie, elle peut remuer ; la parole sort plus facilement la respiration devient plus libre, et, surtout, le malade peut boire.

Pendant toute la soirée, d'heure en heure, il procède à des lavages de la bouche. La nuit, il peut dormir ; mais le lendemain matin, il est pris de nausées et subitement se met de nouveau à cracher du pus, à peu près autant que la veille, aussi infect et de même couleur.

A partir de ce moment la langue diminue encore de volume, redevient mobile ; le malade parle, boit, et commence à manger.

Le surlendemain la fièvre est tombée ; il ne ressent plus de douleur, mais seulement un peu de gêne dans la bouche qui se ferme très facilement Le cou est bien moins gros, la langue a diminué considérablement de volume, elle est tout à fait mobile. Elle permet de voir le pharynx qu'il avait été impossible d'examiner auparavant, et de constater que le voile du palais, les amygdales, les glandes salivaires ne présentent aucune lésion.

Deux jours après le tout était rentré dans l'ordre, la guérison était complète.

Observation V

(In thèse Thébaud)

Le nommé X..., âgé de 30 ans, jouit habituellement d'une bonne santé. Sans cause connue, pas de traumatisme, d'ingestion de liquides irritants, pas de syphilis, X... est pris subitement de malaise général. En même temps il éprouve de vives douleurs dans la langue qui augmente considérablement de volume. Bientôt les phénomènes acquièrent un haut degré d'acuité. La langue, énormément tuméfiée, fait saillie à travers les arcades dentaires. Sur la face dorsale se dessinent les empreintes produites par le contact des dents,

A la pression, la langue, qui est très rouge, est excessivement douloureuse. Tout le reste de la cavité buccale est le siège d'une vive rougeur.

Malgré l'augmentation de volume de la langue, la parole reste intelligible et la déglutition n'est pas gênée. Fièvre. La température ne dépasse pas 28 degrés.

Application de huit sangsues à la région sus-hyoïdienne. La langue diminue à vue d'œil. Guérison en quatre jours.

Observation VI

Publié par le docteur C. Gauthier, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*

Hémiglossite parenchymateuse gauche terminée par suppuration

M.., âgé de 45 ans, d'une santé excellente habituelle, est pris le 27 mars, à la suite d'un refroidissement prolongé, d'un frisson intense avec céphalalgie, puis douleur de la langue, bientôt accompagnée de gonflement et de gêne à la déglutition. Appelé le 29, je trouve la langue gonflée, portant à gauche l'empreinte profonde des dents et recouverte d'un enduit saburral plus épais à gauche.

Rougeur légère de la gorge, salivation très abondante. pouls à 100. Application de sangsues à la région sus hyoïdienne, scarifications superficielles de la langue, gargarismes détersifs.

30 mars. — La langue remplit entièrement la cavité buccale, son extrémité fait saillie au dehors et paraît tirée vers la commissure gauche des lèvres. Pouls, 120 ; agitation extrême. Incisions longitudinales sur la face dorsale de la langue, à gauche.

31 mars. — Les douleurs locales ont diminué, mais la dyspnée et l'angine ont augmenté. Il est impossible de percevoir la fluctuation. Nouvelles incisions longitudinales.

1er avril. La dyspnée est extrême ; la face est pâle, le pouls petit. Je prévois un dénouement fatal, si la respiration n'est pas promptement rétablie. Attirant vigoureuse-

ment la langue au dehors, je plonge le bistouri dans l'une des incisions faites la veille ; aussitôt il en sort des flots de pus dont j'estime la quantité à plus d'un demi-verre. Immédiatement le malade se dit guéri et la langue rentre entièrement dans la cavité buccale, dont les arcades dentaires peuvent se refermer.

Le malade était complètement rétabli huit jours après le début des accidents.

Observation VII

(Service de M. le professeur Tédenat — *In* Thèse Thébaut)

Hemiglossite rhumatismale (J. Labroue, médecin aide-major de 1re classe) *Archives de médecine et pharmacie militaires.* Année 1885, t. VI, p. 37

Le nommé Michel, soldat de la 16e section d'ouvriers militaires, âgé de 24 ans, a été atteint, à l'âge de 12 ans, d'un rhumatisme articulaire aigu, et récemment, en Afrique, d'accidents de fièvre intermittente Bonne constitution d'ailleurs. Pas de tendances aux angines. Etant de planton, le 1er juin 1883, il fit plusieurs courses dans la journée par une pluie continuelle. Le soir il fut pris de frissons, et, dans la nuit, il ressent de la gêne et de la douleur au niveau de la base de la langue. En même temps se développait un gonflement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire gauche. Dès le lendemain, 2 juin, la parole et la déglutition devinrent très difficiles, la langue se tuméfia considérablement dans sa moitié droite. Céphalalgie, courbature, soif intense. Le malade fut forcé de s'aliter. La nuit suivante se passa sans sommeil. Les liquides ne purent être déglutis, la douleur s'accentua dans le côté droit de la langue, la

respiration devint fréquente, anxieuse, l'aphonie complète.

Le 3 juin, augmentation des symptômes précédents. Le gonflement ganglionnaire s'étend au côté droit. Le 4 au matin, après une nuit très pénible, le malade entre à l'hôpital de Montpellier, service de M. le professeur Tédenat.

A ce moment on se trouve en présence d'un ensemble de symptômes graves. La figure du malade est anxieuse, la respiration difficile et fréquente, la température élevée.

En présence de cet état, M. le professeur Tédenat n'hésite pas à faire 3 incisions profondes au niveau de l'induration. Prescription de badigeonnages au chlorate de potasse. Le 5, la douleur est atténuée, la langue a diminué très sensiblement de volume, la parole est revenue, quoique un peu embarrassée. La fièvre cependant ne diminue pas. Enfin, le 6, toute douleur a cessé. La langue a repris son volume normal, la parole est aisée. Les traces des incisions ont complètement disparu.

Le malade dès ce moment est guéri de sa glossite, mais la fièvre persiste ; la face est pâle, la respiration un peu fréquente, mais aisée. L'apparition dès le 7 au soir d'une douleur avec gonflement au niveau du cou-de-pied gauche donne l'explication de cet état fébrile. A partir de ce moment, les autres articulations se prennent rapidement, et le malade se trouve en plein rhumatisme articulaire aigu à forme assez grave.

Observation VIII

(A. Carlier. — *Gazette des Hôpitaux*)

Abcès à la langue. — Incision. — Guérison

Mme P .. V... (de Villiers), âgée de 50 ans, est une femme robuste, ayant toujours joui d'une excellente santé. Depuis quelques jours elle éprouvait, sans cause connue, des douleurs dans la langue, avec chaleur vive. La déglutition était gênée, la douleur s'étendait jusque dans le condyle de la mâchoire gauche ; il y avait aussi un peu de surdité de ce côté. Tels étaient les symptômes locaux de voisinage quand elle me fit appeler. Elle me dit qu'elle souffrait depuis deux ou trois jours ; la fièvre était moyenne, le pouls à 92. L'inspection de la langue me fit constater une augmentation assez considérable de tout le côté gauche de cet organe, qui était d'un rouge vif et luisant. Le malade se plaignait de douleurs lancinantes, exaspérées par la pression, d'une gêne considérable pour boire, d'impossibilité de manger. Une incision longitudinale d'environ deux centimètres, faite avec la lancette, donne issue à une cuillerée à café de pus épais, crémeux et à quelques gouttes de sang. La malade se lava fréquemment la bouche avec la décoction de guimauve. Le soir elle but plus facilement, le lendemain matin elle prit du bouillon. Deux jours après la guérison était complète.

CONCLUSIONS

I. — La glossite profonde aiguë est une affection peu commune sans doute plus rare aujourd'hui qu'autrefois. L'emploi de plus en plus répandu de l'antisepsie n'est vraisemblablement pas étranger à sa moindre fréquence.

II. — Dans la plupart des cas, l'infection par la voie buccale est la cause première de la glossite. Dans la seule observation où l'examen bactériologique a été pratiqué, le streptocoque était l'agent pathogène, mais il n'est pas démontré que ce soit toujours lui qui soit en cause.

Pour un certain nombre de faits cependant, cette origine infectieuse de la glossite aiguë ne s'accorde pas très bien avec le début et la marche de l'affection, mais il n'est pas bien établi d'autre part qu'il y ait alors inflammation véritable (morsures de vipère, liquides caustiques).

III. — Quand celle-ci existe, tous les éléments anatomiques de la langue sont plus ou moins atteints.

IV. — On peut observer en clinique trois formes de glossite : une forme œdémateuse, la plus fréquente ; une forme suppurée et une forme gangreneuse, la plus grave. Le pronostic, en général bon, doit être réservé dans toutes, en raison des complications.

V. — La glossite se terminant spontanément par la résolution dans beaucoup de cas, il semble prudent d'attendre celle-ci et de la favoriser par les moyens médicaux, pourvu qu'il n'y ait pas des troubles immédiatement alarmants. Si ces derniers se produisent, on doit se hâter, au contraire, de pratiquer une ou deux incisions profondes sur la face dorsale de la langue, incisions qui, dans la majorité des cas, suffisent à conjurer les accidents.

VI. — Dans la glossite suppurée, il faut sans tarder donner issue au pus, et, dans la glossite gangreneuse, appliquer le thermocautère si l'antiseptie buccale n'est pas suffisante.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 20 juillet 1906.
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué.
MAIRET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 20 juillet 1906
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Louis.
De la Malle.
Maisonneuve. — Thèse de concours, 1848.
Chaissagnac. — Traité de la suppuration. Paris, 1859.
Guéneau de Mussy. — Arch. méd., 1879.
Dyce Duckworth. — Medical and surgical Journal.
Boeckel. — Gazette méd. de Strasbourg, 1884.
Caulier. — Thèse de Paris, 1884-1885.
Maurel. — Gazette méd. chir. de Toulouse, 1890.
Rendu. — France médicale, 1892.
Thébaud. — Thèse de Paris, 1894.
Wagner. — New-York medical Journal, 1893
Sabrazès et Bousquet. — Presse médicale, 1897
Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.
Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.
Soubeiran. — Montpellier-Médical, 1902.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !